

主治医様

豊島区立明豊中学校

学年 組・氏名 年 月 日生

上記の者について、感染のおそれがないと認められましたら、証明をお願いいたします。

証 明 書

病名（ ）

上記の疾患による感染のおそれがないと認めます。

令和 年 月 日

豊島区立明豊中学校長様

医療機関名

医師名

(注) ◎保護者の方へ

1. 文書料は医療機関により異なる場合があります。詳しくは、受診される医療機関へお問い合わせください。